

OŚWIADCZENIE O WYBORZE WARIANTU UBEZPIECZENIA*

Niniejszym oświadczam, iż po zapoznaniu się z przedstawioną przez Ubezpieczającego ofertą **Compensa TU S.A. Vienna Insurance Group z siedzibą w Warszawie (02-342), al. Jerozolimskie 162**, w zakresie grupowego ubezpieczenia zdrowotnego pracowników, współmałżonków/partnerów i dzieci pracowników (które nie ukończyły 26 roku życia) **Miejskiego Zakładu Komunikacji w Toruniu**:

- wyrażam zgodę na objęcie mnie/członków mojej rodziny ofertą grupowego ubezpieczenia w **Compensa TU S.A.VIG** i akceptuję przedstawioną propozycję ubezpieczenia ze składką w wysokości:

Pakiet	Brązowy		Srebrny + SPECL + REH10 + PRSTOM		Złoty + SPECL + REH20 + PRSTOM	
INDYWIDUALNY	☐	1zł	☐	53 zł	☐	86 zł
PARTNERSKI	☐	52 zł	☐	161 zł	☐	223 zł
RODZINNY	☐	85 zł	☐	233 zł	☐	307 zł

Pracodawca dodatkowo finansuje składkę w wysokości **44 zł**.

Powyższe składki to koszty potrącane z wynagrodzenia pracownika – we wniosku o potrącenie składki należy wpisać wyłącznie wysokość składki wybranej w powyższej tabeli (bez składki opłacanej przez pracodawcę).

UWAGA! Wypełniając deklarację przystąpienia prosimy zaznaczyć tylko elementy z nazwy zakresu (np. Srebrny, SPECL, REH10, PRSTOM) – nie można zaznaczyć innych wskazanych w deklaracji dodatków.

WNIOSEK O POTRĄCENIE SKŁADKI Z WYNAGRODZENIA

Ja, niżej podpisany(a) proszę o potrącenie z mojego wynagrodzenia składki w wysokości zł i przekazywanie tej kwoty na konto **Compensa TU S.A.VIG** w związku z przystąpieniem do oferty grupowego ubezpieczenia zdrowotnego od miesiąca 20..... roku.

.....
Data i podpis pracownika

OŚWIADCZENIE O ZGODZIE NA ELEKTRONICZNE PRZEKAZYWANIE INFORMACJI

Oświadczam, że wyrażam zgodę na otrzymywanie informacji wskazanych w art.17 ust. 1 Ustawy o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej (Dz. U. 2018, poz. 999), w formie skorowidza do ogólnych warunków ubezpieczenia, na trwałym nośniku (innym niż forma pisemna).

.....
Data i podpis pracownika

POTWIERDZENIE OTRZYMANIA INFORMACJI OD UBEZPIECZAJĄCEGO

Oświadczam, że otrzymałem/-am informacje o których mowa:

- w art. 17 ust. 1 Ustawy o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej (Dz. U. 2018, poz. 999) w formie skorowidza do Ogólnych Warunków Ubezpieczenia na trwałym nośniku;
- w art. 19 Ustawy o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej (Dz. U. 2018, poz. 999); tj. informacje o pełnym kształcie umowy ubezpieczenia w **Compensa TU S.A.VIG**,
- w art.18 ust. 4 Ustawy o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej (Dz. U. 2018, poz. 999); o przysługującym ubezpieczonemu prawie oraz sposobie składania reklamacji wniesienia skargi oraz pozasądowego rozwiązywania sporów (umieszczone w **ogólnych warunkach ubezpieczenia oraz Dokumencie zawierającym informacje o produkcie ubezpieczeniowym**).

.....
Data i podpis pracownika

* Oświadczenie należy przekazać do Wydziału Kadr i Płac w oryginale.